

власне факт діагностування патології та усвідомлення загрози для життя, очікування соматичного дискомфорту, страждань та болю, складне лікування та його побічні ефекти, формування фізичних дефектів і зниження функціональних можливостей організму.

Змістовний аналіз психологічної реакції на хворобу за «стрижневими» проявами ПТСР виявив у 100 % онкологічних хворих:

- присутність скарг на повторювані, такі, що виникають поза бажанням, психологічно болісні, тривожні спогади, що супроводжувалися переживанням страху і стосувалися періоду діагностування онкологічного захворювання, перебування у стаціонарі, проведених лікувальних процедур;

- уникання думок, спогадів, діяльності або ситуацій, що нагадували про хворобу, тому що вони провокували збільшення психоемоційного напруження і дезорганізацію поведінки;

- переживання суб'єктивного відчуття загрози (рецидиву, продовження хвороби) у вигляді гіпернастороженості до фізичного самопочуття, появи нових або зміни вже наявних симптомів, та посиленої реакції страху при зіткненні з асоційованими з онкологічним захворюванням ситуаціями (необхідність повторного обстеження, візит до онкологічного центру).

Відмінності картини переживань онкологічних хворих полягали у вираженості психопатологічної симптоматики і відповідно — ступені зниження рівня психофізіологічного, психологічного та психосоціального функціонування.

За критерієм зниження функціонування у онкологічних пацієнтів виокремлено 3 рівні: низький (38 %) — ситуаційні, безпосередньо асоційовані з стресовою подією афективні, невротичні та поведінкові прояви дезорганізації, що швидко згасали по мірі віддалення від ключового моменту, середній (36 %) — характеризувався більш стійкими та інтенсивними зрушеннями, та високий (26 %) — виражався стійкими та тривалими змінами психічної організації.

Таким чином, у пацієнтів онкологічного профілю:

- психологічна картина переживання стресової ситуації змістовно корелює із психічними змінами, характерними для ПТСР;

- зниження рівня функціонування відрізняло ПТСР-подібні переживання від ПТСР як клінічної нозологічної одиниці;

- виражені психічні зміни, пов'язані з діагностуванням та лікуванням онкологічного захворювання, спостерігалися у 26 % хворих.

УДК 616.895-008:616.831-006

**В. В. Огоренко**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия  
МЗ Украины», г. Днепропетровск

### **Роль психогенно-личностных реакций в формировании психических расстройств при опухолях головного мозга**

Во многих случаях опухоли головного мозга (по данным различных авторов, от 40 до 100 % наблюдений) сочетаются с психическими расстройствами. Проведенные с учетом изучения психосоматических связей исследования свидетельствуют, что наиболее высокий удельный

вес приходится на статистически значимые реактивные состояния, связанные со стрессогенным воздействием онкологического заболевания. Реакция больного на возникновение онкологической патологии является одним из важных психогенных факторов в формировании психических расстройств.

Целью данной работы было изучение психогенно-личностных реакций и степени их участия в формировании психических расстройств у больных с первичными опухолями головного мозга.

В исследование были включены 175 пациентов в возрасте от 21 до 56 лет (81 мужчина и 94 женщины, средний возраст составил  $41,4 \pm 11,5$  года и  $44,6 \pm 12,3$  года соответственно), у которых на протяжении всего клинико-диагностического периода наблюдался только пограничный (непсихотический) уровень психических расстройств.

Психические расстройства, связанные со стрессогенным влиянием онкологического заболевания головного мозга, были выделены на основании ведущих симптомокомплексов. Типы нозогенных реакций разделились следующим образом: астенические — 28,0 %; депрессивные — 38,2 %, обсессивно-фобические — 24,8 %, соматоформные — 65,0 %, диссоциативные — 24,2 %. Выявлена низкая частота нозогений, которые протекали с преимущественно тревожной симптоматикой — 22,9 %.

В процессе исследования использовалось краткосрочное дифференцированное психотерапевтическое и психофармакологическое воздействие. Клиническая оценка психического статуса исследуемой группы, которая была подтверждена показателями психодиагностического теста SCL-90-R, свидетельствует об эффективности проведенного комплексного влияния на психопатологическую симптоматику, которая обусловлена психогенной составляющей.

Сравнение средних показателей теста SCL-90-R выявило достоверные отличия в таких показателях как соматизация ( $p < 0,05$ ), депрессивность ( $p < 0,01$ ), тревожность ( $p < 0,05$ ); высокая статистическая значимость была отмечена в интегральном показателе «индекс выраженности симптомов» ( $p < 0,01$ ). По методике «Качество жизни» было выявлено достоверное улучшение показателей по таким шкалам, как «личностные характеристики», «устойчивость к стрессам» и улучшение индекса «качество жизни». Отмечена позитивная динамика в показателях вербальной памяти, что свидетельствует о повышении эмоциональной заинтересованности больных, снижении утомляемости и истощения. Была отмечена редукция проявлений некомплаентного поведения — 72 %.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о значительном вкладе психогенно-личностных реакций в формирование и клинические проявления психических расстройств у больных с первичными опухолями головного мозга. Клиническое психолого-психиатрическое исследование и оценка результатов комплексного влияния должны быть дифференциально-диагностическими критериями для уточнения патогенеза психических расстройств у больных с опухолями головного мозга, что позволит сократить диагностический период, и, соответственно, минимизировать последствия оперативного лечения при онкологических заболеваниях головного мозга.